

*** 「市民活動事故報告書」の提出について ***

事故の発生について、弘前市の窓口に通報をした後、「市民活動事故報告書」を提出してください。提出に際しては次の事項を確認してください。

(1) 添付資料が必要です！

- ① 市民活動中の事故であり、弘前市市民活動保険制度の適用となるかについて審査を行いますので、以下の書類の添付をお願いします。
 - ア 団体規約・定款等
 - イ 当該年度の事業計画書
 - ウ 前年度の事業報告書
 - エ 団体員名簿
 - オ 当該活動（行事）の計画書
 - カ 当該活動（行事）の参加者名簿
 - キ その他市民活動中の事故であることを証明する資料
- ② 対物賠償事故の場合は現場写真（2～3枚）を添付してください。
- ③ 往復途上の場合は、経路図や経過を記載または添付してください。
- ④ 賠償事故の場合で、他の損害保険に加入している場合は保険証券の写しを添付してください。

(2) 提出期限

事故発生日を含め30日以内に提出してください。

（提出が遅れた場合、保険制度が適用されない場合がありますのでご注意ください。）

(3) その他

- ① **損害賠償事故において当事者間で示談を行う場合は、必ず事前に市へ相談してください。**
（相談なく示談された場合は、保険制度が適用されないことがあります。）
- ② 記入された個人情報には保険会社へ提供し確認を行います。その結果、保険制度が適用されない場合がありますのでご了承ください。
- ③ ご報告いただいた事故が本制度の対象となった場合、保険金請求の際、通院した病院の診察券や治療費の領収書（明細書）などが必要となりますので、大切に保管しておいてください。

<提出先>

市民協働課協働推進係

電話 0172-40-7108

〒036-8551 弘前市上白銀町1-1

弘前市役所前川新館2階

※ご不明な点がございましたら、上記までご連絡ください。

(様式2)

受付番号

令和 年 月 日

弘前市長 様

収受印

報告者団体名 _____

報告者住所 _____

報告者氏名 _____

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※傷害事故負傷者または賠償者との関係

(本人・団体代表者・その他())

今後の連絡先 () - () - ()

市民活動事故報告書

市民活動における事故について、弘前市市民活動保険制度の適用を受けたいため、次のとおり報告します。

事故区分		<input type="checkbox"/> 傷害事故		<input type="checkbox"/> 賠償事故		
事故内容	活動団体	名称				
		(ふりがな)				
		代表者名	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。			
	住所	〒				
			連絡先 () - () - ()			
	事故発生日時	令和 年 月 日 ()	午前	午後	時 分頃	
	事故発生場所					
	活動名			活動内容		
	(活動の性格) (報酬等の有無)	<input type="checkbox"/> 委嘱、請負等 <input type="checkbox"/> 自発的な活動 <input type="checkbox"/> 有 (円) <input type="checkbox"/> 無				
	事故目撃者	(ふりがな)				
氏名						
住所	〒					
		連絡先 () - () - ()				
事故状況 (できるだけ詳しく記載してください。別紙の添付可)			(事故現場の見取図)			

傷 害 事 故	負傷者	(ふりがな) 氏名	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。(年齢 歳)				
		住所	〒 日中連絡先()-()-()【自宅/勤務先/携帯】				
	法定代理人	(ふりがな) 氏名		負傷者との関係	[父/母/その他()]		
		住所	〒 日中連絡先()-()-() 【自宅/勤務先/携帯】				
	傷害内容	傷病名				[骨折/脱臼/打撲/捻挫切傷/その他()]	
		傷害の部位	1 頭部 2 顔面 3 頸部 4 胸部 5 腹部 6 腰部 7 上肢() 8 下肢()			手術の有・無	ギブス装着の有・無
医療機関	名称		担当医師				
	住所	〒 連絡先()-()-()					
治療見込	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (うち 日間)					
賠 償 責 任 事 故	賠償者(当方)	(ふりがな) 氏名	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。(年齢 歳)				
		住所	〒 日中連絡先()-()-()【自宅/勤務先/携帯】				
	相手方	(ふりがな) 氏名	(年齢 歳)				
		住所	〒 日中連絡先()-()-()【自宅/勤務先/携帯】				
	傷害内容	傷病名		部位			
		症状・程度				(手術の有無)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	医療機関	名称		担当医師			
住所		〒 連絡先()-()-()					
休業期間	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日() (日間)						
財物・保管物賠償	所有者	(ふりがな) 氏名	(年齢 歳)				
		住所	〒 日中連絡先()-()-()【自宅/勤務先/携帯】				
	物件名称						
	損壊程度				損害(見込)額	円 (<input type="checkbox"/> 見込み <input type="checkbox"/> 確定)	
	修理業者	名称		担当者			
住所		〒 連絡先()-()-()					

	他の損害保険の有無	無 ・ 有 (有の場合は他の損害保険証券の写しを貼付)
添付資料	● 市民活動団体による市民活動中の事故であることを証明するため次の資料を添付します。(添付するものに○) ア 団体規約・定款等 イ 当該年度の事業計画書 ウ 前年度の事業報告書 エ 団体員名簿 オ 当該活動(行事)の計画書 カ 当該活動(行事)の参加者名簿 キ その他※具体的に資料名を記載 ()	
	第一次審査結果通知書の送付先	送付先に○をしてください。 ・ 負傷者・賠償者本人 ・ 法定代理人 ・ 市民活動団体代表者 ・ 事故報告者
保険金請求書等の送付先	送付先に○をしてください。 ・ 負傷者・賠償者本人 ・ 法定代理人 ・ 市民活動団体代表者 ・ 被害者(賠償事故の場合)	
● 活動場所までの往復途上の事故の場合は、活動場所までの経路図及び経過を記載 ● 対物賠償事故の場合は現場写真を2～3枚貼付 ● 賠償事故の場合で、他の損害保険に加入している場合は保険証券の写しを貼付 (記載しきれない場合は別紙を添付してください。)		

弘前市記載欄		
受理日	令和 年 月 日	証券番号 _____
担当部署	市民協働課 担当者	ニューインディア保険会社 広島支店 TEL : 082-243-7821

令和 年 月 日

ニューインディア保険会社 広島支店 御中

弘前市長 櫻田 宏 印

上記の事故については、当該事故報告書等により、市民活動中であることを確認したので、その旨お知らせいたします。